



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-139 - PARATIROMATOSIS, CAUSA POCO FRECUENTE DE HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO RECURRENTE

Ondarra Fernández de Leceta, Naiara; Cagigal Ortega, Elima Pilar; Herrero Mirón, Ainara; Monzón Fernández-Valencia, Elisa; Pérez Morera, Adelino Patricio; Drewniak Jakubowska, Justyna; Dagnesses Fonseca, Javier Oscar; Rubio López, Laura

Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles.

Resumen

Introducción: El hiperparatiroidismo primario es resultado del incremento de la actividad de las glándulas paratiroides, lo que causa una secreción alterada de la hormona paratiroidea (PTH). El hiperparatiroidismo primario tiene una incidencia anual aproximada de 20 casos por 100.000 habitantes, siendo la causa más frecuente el adenoma paratiroideo. Un hiperparatiroidismo persistente implica la continuidad de la PTH elevada durante más de 6 meses, contando desde la paratiroidectomía inicial. Esta circunstancia se debe confirmar bioquímicamente y se recomienda obtener dos estudios de imagen concordantes para la localización antes de la reintervención. Es importante considerar bien las indicaciones para una nueva cirugía, teniendo en cuenta, sobre todo, las manifestaciones debidas a la hipercalcemia secundaria, ya que los riesgos de complicaciones como la lesión del nervio laríngeo recurrente y el hipoparatiroidismo permanente son mayores. La causa principal de hiperparatiroidismo persistente tras la cirugía es la presencia de tejido paratiroideo residual no extirpado o la presencia de glándulas ectópicas supernumerarias no exploradas. No se debe olvidar que existe una causa menos frecuente y técnico-dependiente llamada paratiromatosis. La paratiromatosis es la presencia de múltiples nódulos de tejido paratiroideo hiperfuncionante diseminados por el cuello y el mediastino, y su causa más frecuente es la rotura intraoperatoria de la cápsula del adenoma paratiroideo durante la cirugía.

Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer de 70 años con antecedentes personas de interés hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y antecedente quirúrgico de paratiroidectomía superior izquierda por hiperparatiroidismo primario, con hallazgo en la biopsia de adenoma paratiroideo, realizada en 2009. Tras la cirugía, en los controles bioquímicos, se aprecia mínima elevación de PTH y calcio, así como osteopenia con leve mejoría. Se solicita ecografía de cuello sin hallazgos relevantes y una gammagrafía SESTAMIBI en 2012 donde se objetivan dos focos sospechosos hipercaptantes, compatible con adenoma de paratiroides superior izquierda. Se realizan controles anuales hasta 2025, cuando presenta elevación de los niveles de calcio, asociado a sintomatología secundaria, por lo que se decide intervención quirúrgica. Se realizó abordaje clásico vía cervicotomía transversa, identificando en lateral izquierdo a nivel de tejido celular subcutáneo un nódulo de aspecto paratiroideo, confirmado por anatomía patológica de forma intraoperatoria. Se continúa con la exploración localizando otros dos nódulos de tejido paratiroideo cefálico a la arteria tiroidea media y en el tercio superior del esófago cervical, que se extirpan. Además, tras la apertura

de la vaina carotídea, se localiza otra estructura compatible con paraganglioma. El posoperatorio se desarrolla sin incidencias, con buena evolución clínica y analítica siendo dada de alta el primer día posoperatorio.

Discusión: La cirugía del hiperparatiroidismo primario debe de ser llevada a cabo por cirujanos con gran experiencia en esta área, disecando y extirpando la glándula paratiroidea evitando su rotura capsular, ya que dicha rotura puede implicar un riesgo de recidiva por implante local de tejido paratiroideo viable, llamado paratiromatosis.